Aus der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik zu München
(Prof. Dr. W. Herzog).

Kryptogener Retroperitoneal-Abscess beim Kind

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Wiegand
approb. Arzt aus Ludwigsdorf i. Pr.

München 1905.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Aus der chirurgischen Universitäts-Kinderklinik zu München
(Prof. Dr. W. Herzog).

Kryptogener Retroperitoneal-Abscess beim Kind.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

verfasst und einer

Hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayer. Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Karl Wiegand
approb. Arzt aus Ludwigsdorf i. Pr.

MED. LUDWIG MAX. BIBL

München 1905.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Callwey.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität München.

Referent

Herr Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Bollinger.

Meinen lieben Eltern

in

Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549027_0116

Bevor ich auf den speziellen Fall des vorliegenden Themas näher eingehe, möchte ich einige allgemeine Bemerkungen über Retroperitonealabscesse unter besonderer Berücksichtigung der Aetiologie derselben vorausschicken.

Nach der Art und dem Orte ihrer Entstehung müssen wir die in dem lockeren Bindegewebe, welches die Serosa der Bauchhöhle mit den Fascien der Bauchwand verbindet, sich oft entwickelnden Abscesse, scharf voneinander unterscheiden, wenn sie auch im grossen und ganzen in Bezug auf Symptome und Verlauf in vieler Hinsicht Aehnlichkeiten unter sich erkennen lassen.

Am häufigsten finden wir diejenigen Abscesse, welche aus einer Entzündung des unteren Abschnittes des Colon ascendens und des Processus vermiformis hervorgehen; die Entzündung kann sich dabei an diesen Organen selbst entwickeln oder im angrenzenden Gewebe ihren Anfang nehmen oder auch in diesem sekundär aus der primären Entzündung der genannten Darmabschnitte fortgeleitet werden.

Ihre Ursachen sind sehr mannigfaltig. Oft ist es nur eine einfache Kotstauung, welche sehr wohl imstande ist, bei längerer Dauer entzündungserregend auf die Darmwand einzuwirken, öfters aber sind Geschwürsbildungen, namentlich auf typhöser oder tuberkulöser Basis der Ausgangs-

punkt, von welchem aus entzündungserregende Stoffe in das subseröse, maschige Zellgewebe gelangen können.

Auch Fremdkörper der verschiedensten Art hat man beschuldigt, durch Einkeilung im Processus vermiformis oder Perforation desselben, Phlegmone des Coecums und Colon ascendens herbeigeführt zu haben. So z. B. verschluckte Knochenstückchen, Fischgräten, Obstkerne und dergleichen. In der weitaus grössten Mehrzahl der Fälle sind im Appendix aufgehaltene Kotsteine als Ursache von Perforation und selbst Gangrän gefunden worden.

Die durch diese hervorgerufene Entzündung nimmt dann natürlich oft den Ausgang in Eiterbildung im retroperitonealen Bindegewebe, wenn nicht durch septische Perforationsperitonitis schon vorher der Exitus letalis erfolgt. Es kommt allerdings auch vor, dass ein derartiger entzündungserregender Körper noch vor dem eitrigen Zerfall des Exsudats auf natürlichem Wege entfernt wird. Der entzündliche Process bildet sich dann zurück, aber grosse Neigung zum Recidiv bleibt bestehen, und eine geringfügige Ursache genügt bei der durch den abgelaufenen Process leicht ihre Elastizität verlierenden Darmwand und dadurch verminderter peristaltischer Bewegungsfähigkeit, eine neue Entzündung wachzurufen.

Bezüglich der Häufigkeit derartiger Eiterungen wurde festgestellt, dass, obwohl die Vorgänge im Puerperium disponierend für Erkrankungen dieser Art wirken, doch die Eiterung in der rechten Fossa iliaca viel häufiger bei Män-

nern als bei Weibern auftreten. Nach Calvi ist das Verhältnis 32:4, nach Volz 37:9, nach Bamberger 26:4.

Als zweite Gruppe retroperitonealer Eiteransammlungen sind diejenigen zu erwähnen, welche mit den weiblichen Sexualorganen in Zusammenhang stehen. Sie können einmal dadurch zustande kommen, dass die eitererregenden Stoffe resp. Bakterien, während der Menstruation oder im Wochenbett eine Eingangspforte in das subperitoneale Zellgewebe gefunden haben, oder dass sie durch eine an diesen Organen vorgenommene Operation dahin verschleppt wurden. In anderen Fällen kann man eine Erkrankung des Uterus oder seiner Adnexe als Ursache ansehen.

Diese Abscesse gehen ebenso wie die peri- und paratyphlitischen aus einer im retroperitonealen Bindegewebe aufgetretenen Phlegmone, die vorzugsweise ihren Sitz im grossen und kleinen Becken hat, hervor.

Schon bevor man genauere bakteriologische Kenntnisse über die Eiter- und Entzündungserreger erworben hatte, waren diese Processe als phlegmonöse erkannt und beschrieben worden, und zwar von Peirot als „Phlegmone der Fossa iliaca", von Pagny als „Adenite iliaque comme cause des phlégmons et abscès de la fosse iliaque". Heute zählen wir diese entzündlichen Vorgänge zu den accidentellen Wundkrankheiten, da wir annehmen, dass die pyogenen Mikroorganismen immer erst nach einer Verletzung der

Vaginal- oder Uterusschleimhaut in die Blut- oder Lymphbahnen des Beckens eindringen können.

Das Bindegewebe zwischen den serösen Blättern der Ligamenta lata ist im allgemeinen der ursprüngliche Sitz dieser phlegmonösen Infiltrationen. Von hier breitet sich die Entzündung aus, nach abwärts zum Cervix uteri und zur Vagina und von da nach dem subperitonealen Gewebe des Beckens. Nach einer Gravidität kann sich dieselbe um so rascher und weiter ausdehnen, als das an und für sich schon lockere Gewebe infolge der Entzündung noch stärker ausgedehnt wird und somit auch während der Dauer des Wochenbettes hier ein Locus minoris resistentiae vorhanden ist.

Neben diesen Abscessen in der Beckenhöhle finden sich, allerdings nur selten, gleichzeitig Eiterherde in der vorderen Bauchwand, welche ebenfalls die Erscheinung einer puerperalen Infektion sind. Nach Pagny sind sie als Metastasen aufzufassen, indem die Entzündungserreger durch die Vasa efferentia der tieferen und oberflächlichen Inguinallymphdrüsen, die Vasa lymphatica epigastrica, iliaca und circumflexa verschleppt werden.

Die dritte Gruppe hierhergehöriger Abscesse bilden die perinephritischen Eiteransammlungen. Diese gehen teils von perinephritischen Bindegewebsentzündungen aus, teils werden sie durch pathologische Vorgänge in weiter entfernt gelegenen Organen verursacht, ganz unabhängig von einer Erkrankung der Nieren selbst. Nieden fand die Zahl der auf letztere Art entstandenen Abscesse sogar grösser als die der auf erstere Art entstandenen.

Suchen wir hier nach den Ursachen ihrer Entstehung, so finden wir sie in den verschiedensten Arten. Es liegen Beobachtungen vor von Perinephritis nach einem Trauma, nach Erkältung und anschliessend an akute Infektionskrankheiten, besonders nach Typhus und Dysenterie. Rutter sah sie nach der sogenannten Dokkekrankheit. Fischer fand, dass auch Actinomykose zu oft recidivierenden Abscessen im pararenalen Gewebe führt, und er beschreibt einen Fall, bei welchem aus mehreren derartigen Abscessen der Eiter mit dem darin enthaltenen Strahlenpilz entleert wurde. Einen ähnlichen Fall beschreibt Ponfik.

Die häufigste Entstehungsursache der phlegmonösen Perinephritis ist der durch Geschwürsbildung erfolgende Durchbruch von Nephrolithen in das Nierenbecken unter Erguss des Inhaltes in das pararenale Gewebe. Eine vorausgehende Pyelitis oder Pyelonephritis ist dabei häufig.

Auch Tuberkulose der Nieren oder des Nierenbeckens kann durch Umsichgreifen des Processes Eiteransammlungen im perirenalen Gewebe erzeugen. In einigen wenigen Fällen bildeten, wie aus der Literatur ersichtlich, Echinococcus und Strongylus gigas den Ursprung eines Eiterherdes.

Von fortgeleiteten Erkrankungen entfernterer Organe sind hier in ätiologischer Beziehung anzuführen: Affektion der Harnröhre, wie der Ureteren: Katarrhe, Strikturen, gonorrhoische und andere Erkrankungen.

Die Literatur weist noch einige Beobachtun-

gen auf, in welchen eine Pleuritis, Peritonitis und Perityphlitis, ferner auch puerperale Entzündungen der Parametrien auf das perirenale Gewebe übergegriffen haben, und in diesen Fällen war die entstandene Perinephritis fast immer eine eitrige. Schmidt erwähnt in seinen Jahrbüchern einen wohl vereinzelt dastehenden Fall, in welchem die Dislokation einer Niere einen retroperitonealen perinephritischen Abscess veranlasst hat.

Als vierte Gruppe der retroperitonealen Abscesse sind solche anzuführen, deren Ursache in Erkrankungen des Beckens selbst oder der Wirbelsäule zu suchen ist. Sie beginnen fast immer als eine tuberkulöse Ostitis oder Periostitis mit Caries oder Nekrose genannter Knochenteile. Diese Art von Abscessen hat einen Umstand gemeinsam: Der Inhalt durchbricht nämlich zunächst die Umgebung des Ausgangspunktes, folgt den Scheiden und Zwischenräumen von Muskeln, Gefässen und Nerven und, sich einen Weg nach aussen bahnend, kommt er in der Regel entfernt vom Orte seiner Entstehung zur Beobachtung.

Zu dieser Gruppe der Retroperitonealabscesse gehört ein grosser Teil der sogenannten Senkungs- oder Congestionsabscesse. In der Mehrzahl der Fälle geht der Eiter dem Musculus ileopsoas entlang, um dann unterhalb des Poupart'schen Bandes zum Vorschein zu kommen. Deshalb nannte man solche Abscesse Psoasabscesse, ein Name, der jedoch nur für solche Eiterherde angewandt werden sollte, welche ihren

Ursprung in der Muskelsubstanz des Psoas selbst haben.

Eine weitere Ursache hierhergehöriger Abscesse bildet das bei Coxitis suppurativa beobachtete Durchbrechen des Eiters durch die Gelenkpfanne und seine Ansammlung im Beckeninnern. Diese Entstehungsart wird jedoch angezweifelt, indem für einige derartig aufgefasste Fälle mit Recht geltend gemacht wird, dass gerade ein anderweitig im Becken entstandener Abscess nach Durchbrechen der Gelenkpfanne eine sekundäre Coxitis erzeugt haben kann.

In einzelnen seltenen Fällen wurde auch Abscessbildung im Anschluss an Frakturen der Beckenknochen beobachtet.

Nun wären endlich noch zu erwähnen diejenigen Abscesse, die durch Vereiterung der retroperitonealen Lymphdrüsen entstehen, sowie die Psoasabscesse im strengen Sinne. Diese letzteren gehen meist aus einer Muskelentzündung hervor, wie sie öfters als intercurrente Complikation bei akuten Infektionsheiten zur Beobachtung gelangt.

Schliesslich finden wir noch Abscesse der vorderen Bauchwand infolge einer Erkrankung der Gallenwege, besonders bei Cholelithiasis, wenn die Concremente nach vorausgegangener circumscripter Perforationsperitonitis die Wand ihres Behälters unter Geschwürsbildung durchbrechen und eine Phlegmone der Bauchdecken hervorrufen. Aehnlich sieht man Abscesse der vorderen Abdominalwand im Anschluss an Magengeschwüre entstehen.

Um nun noch mit einigen Worten auf die Therapie der retroperitonealen Eiterherde einzugehen, sei bemerkt, dass wir den exspectativen Standpunkt, den Dupuytren noch in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts als allein zu Recht bestehend bezeichnete, endgültig verlassen haben. Bei allen akut entstandenen Eiterungen gilt jetzt das Wort: „In cultro salus", und zwar ist möglichst frühzeitige Incision angezeigt. Früher übte man nur die Eröffnung der fast dem Durchbruch nahen, in jedem Falle durch die gewöhnlichen Symptome einer abgesackten Eiterung nachweisbaren, Abscesse in der rechten Darmbeingrube, der bei weitem grössten Zahl nach also der peri- und paratyphlitischen Eiterherde. Der Rat einzelner Autoren, möglichst frühzeitig operativ einzugreifen, blieb unbeachtet. In der Mitte der achtziger Jahre wurde dann besonders von amerikanischen Chirurgen energisch vorgegangen, so namentlich von Bull, Weis und Senn. In Deutschland haben sich Sonnenburg und Kümmel hervorragende Verdienste erworben. Eine Einigung zwischen den Vertretern der modernen Chirurgie und der internen Medizin ist jedoch noch nicht erreicht; denn in neuester Zeit werden die Prinzipien der internen Behandlung wiederum angegriffen, und andrerseits wird auch aufs neue die Frage nach der zweckmässigsten Methode und dem besten Zeitpunkt einer chirurgischen Operation in lebhafte Erörterung gezogen. Nach einem allgemein gültigen Schema darf und kann natürlich in keinem Falle vorgegangen werden. Penzoldt hat schon

hervorgehoben, wie wichtig gerade auf diesem Gebiete ein Zusammengehen der internen Mediziner und Chirurgen ist.

Unzweifelhaft ist eine strikte Indikation zu einer operativen Eröffnung gegeben, wenn mit Sicherheit das Bestehen einer abgesackten, sich allmählich vergrössernden Eiterung nachgewiesen ist.

Die Aufgabe ist in vielen Fällen einfach genug, sie besteht bei oberflächlichen Abscessen in einer Incision. Oft kann sie aber auch zu einer sehr komplizierten werden.

Die Methode, nach welcher heutzutage fast alle Chirurgen verfahren, ist folgende:

Der Kranke wird zunächst narkotisiert. (Von der Anwendung der Lokalanaesthesie ist im allgemeinen abzuraten, da man bei der Eröffnung eines derartigen Abscesses niemals wissen kann, welche Aufgaben eventuell nach Freilegung der Abscesshöhle noch erwachsen.) Die Eröffnung des Eiterherdes wird sodann an einer Stelle vorgenommen, welche möglichst günstige Verhältnisse für den Abfluss der nach Entleerung des Eiters noch längere Zeit fortbestehenden Sekretion in Rückenlage des Patienten bietet. Der Hautschnitt wird in genügender Grösse angelegt und dann, wenn die bedeckenden Schichten nicht ganz dünn sind, präparierend vorgegangen. Nachdem nun der Eiter aus einer mässig grossen Oeffnung entleert ist, spült man die Höhle unter geringem Druck mit steriler Kochsalz- oder Borlösung aus und orientiert sich sodann zunächst über das Verhalten der Abscesshöhle. Zeigt der

Eiterherd nach verschiedenen Richtungen Ausbuchtungen, so erweitert man den Einschnitt nach den vorliegenden Verhältnissen. Dazu verwendet man ein geknöpftes Messer und discidiert von innen nach aussen. Das Bestreben soll stets dahin gehen, möglichst einfache Wundverhältnisse zu schaffen, indem man in der Fortsetzung des ersten Schnittes bleibt und Lappenbildung tunlichst vermeidet. Hat man die grösseren Buchten freigelegt, so werden die Wundränder auseinander gehalten und dann nach weiteren Gängen und Komplikationen gesucht. Sprechen keine anderen Bedingungen dagegen, so geht man allen Ausbreitungen des Eiterherdes nach und legt sie wenigstens so weit frei, dass man mit dem eingeführten Finger oder der Sonde bis an die Grenzen der Abscesshöhle gelangen kann. Stets muss erstrebt werden, den primären Eiterherd zu finden, um in diesem eventuell die Ursache der Eiterung nachweisen zu können. Ist es nach einigem Suchen nicht möglich, sich über alles Klarheit zu verschaffen, so tamponiert man zweckmässig die ganze Höhle aus und wartet einige Tage ab, bis unter Abstossung nekrotischer Gewebsteile die verschorfte Abscesswand sich gereinigt hat. In der granulierenden Wundhöhle ist es dann meist leicht, noch verschorft bleibende Stellen zu erkennen oder das Austreten von Eiter aus engen Oeffnungen festzustellen.

Für die Nachbehandlung erfordert die Höhle einen bequemen Zugang. Um sich diesen zu erhalten, vereinigt man die Gewebsschichten zu beiden Seiten des Schnittes durch mehrere Knopf-

nähte mit der Haut. Lässt man dabei die Fäden lang und knotet sie auf beiden Seiten zu einem Strang zusammen, so kann man sich durch Auseinanderziehen dieser Stränge stets einen bequemen Zugang wieder herstellen. Die Abscesshöhle wird, wenn alle etwa vorhandenen Buchten freigelegt sind, für die erste Zeit austamponiert, um in der geeignetsten Weise eine Stagnation der Sekrete zu vermeiden. Tritt günstige Granulationsbildung ein, dann wird die Tamponade wieder entfernt und ein mässig weites Drainrohr eingelegt. Eine Injektion von Jodoformglycerin leistet nach Billroth und Bruns gute Dienste, ist aber bei ausgedehnteren Höhlen der Intoxicationsgefahr wegen besser zu unterlassen.

Kann man in der Umgebung des Magens, in der Nähe der Gallenblase, in Nachbarschaft der Nieren und besonders der weiblichen Genitalien eine Eiteransammlung nachweisen, so wird zu erstreben sein, unter Schonung der freien Bauchhöhle an dieselbe heranzukommen. Zu empfehlen sind in derartigen Fällen orientierende Probepunktionen, die unter aseptischen Cautelen in grösserer Anzahl gemacht werden können. Bei zwingender Indikation kann auch, wenn anders nicht möglich, eine Incision der Bauchdecken und eine Ablösung der Fascie von dem Peritoneum den Palpationsbefund und das Ergebnis der Probepunktionen wesentlich ergänzen. Graser gelang es, abgesackte Eiterherde hinter der Gallenblase von rückwärts her unter Resektion der 12. Rippe zu entfernen.

Nach diesen Betrachtungen sei es mir nun

gestattet, einen in der chirurgischen Abteilung der Universitäts-Kinderklinik zu München zur Beobachtung und im pathologischen Institut zur Sektion gelangten Fall anzuführen, bei welchem es sich um einen Abscess oberhalb der rechten Inguinalgegend handelt, für welchen aber eine Entstehungsursache nicht gefunden werden konnte.

Die Krankengeschichte lautet:

M. M., $2^3/_4$ Jahre alt. Tag der Einlieferung 24. Oktober 1904.

Klinische Diagnose:

Retroperitonealer Bauchabscess.

Anamnestisch ist in der Familie des Patienten von Tuberkulose nichts nachzuweisen. Das Kind hat früher an Brechdurchfall gelitten, und im letzten Sommer hatte es fünf Weichteilabscesse am linken Oberschenkel. Vor drei Wochen begann Patient, rechts zu hinken und auf den Fussspitzen zu gehen. Er klagte dabei über Schmerzen im rechten Bein. Dieses wurde an den Leib gezogen und in den letzten Tagen nicht mehr zum Gehen benutzt.

Status praesens:

Kind in gutem Ernährungszustande und von gesundem Aussehen. Die Hautfarbe ist ein wenig blass. Innere Organe ohne pathologischen Befund. Die Herzaktion ist etwas beschleunigt. Das rechte Bein ist unter einem Winkel von 90^0 flektiert und unter einem Winkel von 30^0 abduziert. In dieser Stellung ist das Bein fixiert. Bewegungsversuche sind schmerzhaft. Es findet sich kein Abscess um das Hüftgelenk und keine

Luxation. Die Trochanterengegend ist nicht besonders verdickt.

Verlauf:

25. X. 04. Injektion von Jodoformglycerin unter Narkose.

26. X. 04. Keine Temperaturerhöhung. Das Allgemeinbefinden ist gut. Bei Untersuchung des Abdomens in Narkose fühlt man in der Gegend der rechten Fossa iliaca einen prall elastischen, höckerigen Tumor, welcher in der Tiefe bis zur Mittellinie reicht. Derselbe ist mit dem Os ileum fest verwachsen und hat nach links einen Ausläufer, welcher hinter der Bauchhaut als apfelgrosser Tumor fühlbar ist. An der Wirbelsäule ist nichts abnormes zu konstatieren. Eine Rectaluntersuchung ergibt eine stärkere Füllung der rechten Beckenhälfte gegenüber der linken. Das Kind kann nicht mehr stehen. Der rechte Oberschenkel steht dauernd in Flexionsstellung. Eine weitere Beugung ist möglich, die Extension dagegen stark behindert.

9. XI. 04. Status idem. Patient ist fieberfrei, das Allgemeinbefinden gut.

11. XI. 04. Der Tumor wird in Narkose punktiert. Es entleert sich dicker, gelber Eiter.

18. XI. 04. Operation in Narkose. Zirka 8 cm langer Schnitt über und parallel mit dem Lig. Pouparti. Eingehen auf den Tumor. Nach Durchtrennung der Muskelschichten gelangt man ohne Eröffnung der Peritonealhöhle in eine grosse Abscesshöhle, aus welcher sich etwa $^1/_2$ Liter Eiter entleert. Durch Abtasten der umfangreichen Höhle konstatiert man, dass sie die ganze Fossa

iliaca einnimmt und sich bis zur Aushöhlung des des Kreuzbeins, sowie in das kleine Becken erstreckt. Nirgends findet sich freiliegender Knochen. Der Musc. ileopsoas ist als Strang zu fühlen.

Der Ursprung der Eiterung kann nicht festgestellt werden. Nach Ausspülung der Abscesshöhle mit Borwasser wird ein dickes Drainrohr eingelegt und die Wunde aseptisch verbunden.

28. XI. 04. Einführung eines dünneren Drains statt des stärkeren. Die Sekretion hat wieder zugenommen. Das Bein steht in derselben Stellung wie früher. Kein Fieber.

2. XII. 04. Die Temperatur steigt plötzlich rasch und hoch an, das Aussehen des Kranken ist sehr schlecht. Er erbricht einigemale grünliche Massen. Patient erhält zweimal 0,01 Calomel. Das Abdomen ist aufgetrieben und auf Druck sehr schmerzhaft.

3. XII. 04. Rechts unten, hinten und vorn ist der Perkussionsschall der Lunge gedämpft. Die Auskultation ergibt Crepitatio indux und kleinblasige Rasselgeräusche. Es tritt wieder grünliches Erbrechen ein. Der Puls wird fadenförmig, dabei besteht hohes Fieber. Die Gesichtszüge verfallen. Subcutan werden 1 Aether- und 2 Coffeïn-Einspritzungen gemacht.

1 Uhr p. m. erfolgt der Exitus letalis.

Am folgenden Tage wurde im pathologischen Institut durch Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. v. Bollinger die Autopsie der Leiche vorgenommen.

Sektionsbericht (Journ. Nr. c. 1082 path. Institut):

Männliche Kinderleiche von dem Alter entsprechender Grösse, in mässigem Ernährungszustande. Die Farbe der Haut, wie die der Schleimhäute ist blass. Am Rücken und an den unteren Extremitäten finden sich zahlreiche Totenflecke. Das Abdomen ist leicht aufgetrieben. Oberhalb der rechten Inguinalfurche befindet sich eine bogenförmige, etwa 8 cm lange Wunde mit verschorften Rändern. In der Mitte dieser Wunde sieht man eine in die Tiefe gehende Fistel. Das rechte Bein steht in Flexions- und Abduktionsstellung.

Am Unterkiefer ist die Totenstarre noch vorhanden. Die Extremitäten sind davon frei. Die Pupillen sind eng. Panniculus adiposus gering. Muskulatur schwach.

Die Leber überragt daumenbreit den Rippenbogen. Zwerchfellstand beiderseits in der Höhe der 4. Rippe. In der Bauchhöhle findet sich eine geringe Menge grünlich eitriger Flüssigkeit. Die Darmschlingen sind untereinander verlötet und mit dicken, grünlichen, fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Ungefähr in der Mitte der rechten Fossa iliaca findet sich eine wenig mehr als zehnpfennigstückgrosse, bläulich verfärbte, glanzlose Stelle des Peritonealüberzuges des Musc. iliacus. Beim Einschneiden dieser Stelle gelangt man in eine grosse Abscesshöhle, deren Wände mit schmierigem Eiter belegt sind. Den Grund dieser Höhle bildet der Musc. iliacus, welcher gleichfalls eitrig infiltriert ist. Der Abscess nimmt den grössten Teil der Fossa iliaca ein und erstreckt sich bis zum Beckenausgang, während er nach vorn mit

der Incisionsöffnung kommuniziert. Unter der vorhin erwähnten verfärbten Stelle des Peritoneums ist die Abscesswandung sehr dünn und anscheinend an einer äusserst kleinen Stelle perforiert. Die Untersuchung des Dickdarms, des Appendix, des Rectums, sowie der Harnblase ergibt nirgends Anhaltspunkte für eine Perforation und weist überall normale Verhältnisse auf. Die retroperitonealen Lymphdrüsen sind ebenfalls ohne pathologischen Befund.

Die Rippenknorpel schneiden sich leicht. Der Herzbeutel liegt ungefähr dreimarkstückgross vor und enthält einen Theelöffel voll trübseröser Flüssigkeit. In beiden Pleurahöhlen nur einige Tropfen seröser Flüssigkeit.

Linke Lunge zum grössten Teil von weisslichgrauer Farbe, auf der Rückseite mehr bläulichgrau. Der Oberlappen schneidet sich weich und unter Knistern. Die Schnittfläche ist glänzend und von graurötlicher Farbe. Luft- und Saftgehalt des Parenchyms normal. Der Unterlappen zeigt die gleichen Verhältnisse. Gewicht: 100 g.

Rechte Lunge: Farbe blaurötlich, am Ober- und Mittellappen einige bräunlich verfärbte Stellen. Das Gewebe schneidet sich ebenfalls weich. Luftgehalt im Ober- und Mittellappen erhalten, im Unterlappen ist der Blutgehalt vermehrt, der Luftgehalt aufgehoben. Die grossen Bronchien sind ohne Inhalt, Schleimhaut derselben blass. Gewicht: 148 g.

Herz: Von normaler Grösse. Epicardiales Fett in mässiger Menge. Epicard glänzend. Im rechten Vorhof eine geringe Menge blutig-seröser

Flüssigkeit, linker Vorhof fast leer. Im rechten Ventrikel wenig Fibringerinnsel. Linker Ventrikel leer. Intima der Aorta glatt. Klappen zart, beweglich und schlussfähig. Mitralis und Tricuspidalis ohne Besonderheiten. Gewicht: 60 g. Masse:

L. Ventrikel, Höhe	4,5	cm
„ Dicke	0,7	„
Aortenumfang	3,6	„
Mitralumfang	5,0	„
R. Ventrikel, Höhe	4,5	„
„ Dicke	0,3	„
Pulmonalumfang	3,5	„
Tricusp.-Umfang	6,0	„

Milz: Reichlich hühnereigross, grünlichgelbliche Auflagerungen. Gewebe schneidet sich weich. Schnittfläche blassbraun. Pulpa weich und anaemisch. Malpighische Körperchen schwach sichtbar. Trabeculäres Gerüst nicht vermehrt.

Leber: Oberfläche glatt, Kapsel durchsichtig,. blassbraune Färbung. Gewebe von derber Consistenz, fast blutleer. Acinöse Zeichnung schwach sichtbar. In der Gallenblase ein Theelöffel voll grüngelber Galle. Keine Concremente.

Gewicht der Leber: 420 g.

Nieren: Kapsel leicht abziehbar. Oberfläche glatt und glänzend. Farbe blassgrau. Parenchym anaemisch. Rinde und Mark deutlich geschieden.

Gewicht beider Nieren zusammen: 83 g.

Magen: Schleimhaut blass, geringer grünlicher Inhalt.

Darm: Enthält bräunliche, übelriechende

und breiige Kotmassen. Schleimhaut blass, saftig glänzend.

Gehirn: Schädeldach mit der Dura mater fest verwachsen. Hirnhäute blass und glänzend. Blutgefässe wenig gefüllt. Das Grosshirn schneidet sich weich und ist in geringem Grade ödematös. Die weisse Substanz ist ganz blutleer, die graue Substanz blutreicher. Die Ventrikel sind leicht zu öffnen und von normaler Grösse und Beschaffenheit. Das Kleinhirn schneidet sich weich, ist ein wenig ödematös. Sonst keine Besonderheiten.

Gewicht des Gehirns: 990 g.

Anatomische Diagnose:

Eitrig fibrinöse Peritonitis, ausgehend von einem älteren retroperitonealen Abscess oberhalb der rechten Inguinalgegend.

Nebenbefunde:

Beginnende septische Pneumonie des rechten Unterlappens. Allgemeine Anaemie.

Betrachten wir dieses Sektionsergebnis, so finden wir zunächst die klinische Anschauung, dass es sich ursprünglich um einen schon seit längerer Zeit bestehenden Abscess handelte, bestätigt. Der Ausgang der eitrigen Peritonitis dürfte durch ein Eindringen septischer Keime von dem Abscess aus durch den Peritonealüberzug hindurch seine Erklärung finden.

Ueber die Entstehungsursache des primären Eiterherdes aber liefert uns weder die Obduktion, noch die Anamnese eine Aufklärung. Keines der bei Anführung vorstehender Abscessgruppen erwähnten Veranlassungsmomente zu einer retro-

peritonealen Eiterbildung wurde in unserem Falle bei der Autopsie aufgefunden, und die Anamnese schliesst ein erlittenes Trauma aus.

Der Fall muss somit als rein kryptogenetisch bezeichnet werden.

Zum Schlusse erfülle ich noch die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. W. Herzog für die gütige Ueberlassung des Themas, sowie die freundliche Unterweisung bei der Anfertigung der Arbeit und Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. O. von Bollinger für die Uebernahme des Referates meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur.

Ziegler, path. Anatomie.

Tillmans, Chirurgie.

Graser, Chirurgie d. Unterleibs 1903.

Sonnenburg, Path. u. Therap. d. Perityphlitis 1900.

Handbuch d. prakt. Chirurgie III. Bd.

Abeille, du phlegmon rétroperitoneal . . . Gaz. des Hopitaux. Paris 1854. XXVII.

Leyden, Fall von retroperitoneal Abscess. Wiener med. Blätter 1889.

Neumann, Fall von retrop. Abscess. Archiv d. Heilkunde. Leipzig 1869. X.

Rösig, einige Fälle von retrop. und extrapleural. Abscessen. Deutsche Klinik. Berlin 1862. XIV.

Trautmann, Ueber retroperit. Abscesse. Diss. Heidelberg 1892.

Kob, de abscessibus retroperitonealibus. Diss. 1854.

Lebenslauf.

Am 10. Oktober 1877 zu Ludwigsdorf in preuss. Schlesien als Sohn des Ingenieurs D. Wiegand geboren, evangelischer Konfession, besuchte ich zunächst die Schule zu Troppau i. österr. Schlesien und dann die Gymnasien zu Mainz, Kiel und Wiesbaden, woselbst ich im April 1898 das Abiturientenexamen bestand. Dann besuchte ich die Universität zu München und unterzog mich hier am 6. März 1900 der ärztlichen Vorprüfung. Im Wintersemester desselben Jahres genügte ich der Militärpflicht im 51. Feldartillerie-Regiment zu Strassburg i. E. In den folgenden Semestern besuchte ich wieder die Universität zu München und bestand hier, nachdem ich durch Krankheit gezwungen war, das Studium durch 3 Semester hindurch auszusetzen, am 17. Juli 1904 das Staatsexamen. Am 31. August erhielt ich die Approbation als Arzt.